

подспорье при промывании лоханки. В настоящее время мы обладаем еще одним хорошим способом лечения—переливанием крови. На нашем небольшом материале э. г. (8 случаев) мы прибегали к хирургическому вмешательству только в 2 случаях, где консервативные методы не помогли, в остальных случаях хорошее впечатление получили от промывания лоханок колларголом. В одном из наших случаев мы имели больного с э. г. 10-летней давности в анамнезе; он работал и ни на что не жаловался, если не считать скоропреходящие небольшие гематурии, которые длились по несколько дней и прекращались без всякого лечения. В практической работе приходится прибегать и к хирургическому лечению, особенно, когда кровотечение обильное и упорно не поддается терапевтическому воздействию. Хирургическое лечение э. г. состоит в нефректомии или декапсуляции.

Не следует забывать и о том, что по удалении кровотокающей почки оставшаяся, до того не кровотокающая почка может закровоточить. Подобный случай мне пришлось наблюдать в 1926 г. в урологической клинике проф. Чайки. Нефротомия заманивала тем, что дает возможность осмотреть на разрезе чашечки и лоханку, но она столь же опасна, ибо даже при тщательном наложении швов на почку может наступить сильное вторичное кровотечение, могущее потребовать ее удаления (Чайка). Остается, наконец, еще простая и безопасная операция, дающая нередко хорошие результаты—это декапсуляция. Терапевтический эффект декапсуляции нами отмечен, в частности, при двусторонней э. г.

Б-ой Б., 25 л., обратился в Ц. П. 18/IV 31 г. с жалобами на тотальную гематурию без сгустков и ноющие боли в пояснице, продолжающиеся в течение 2 недель. Впервые заметил у себя в 1927 г. гематурию, продолжавшуюся 2 дня. Наследственность—патологии не выявлено. Хромоцистоскопия: кровавая струя из устьев обоих мочеточников. При рентгеноскопии в комбинации с контрастным раствором уклонений от нормы не обнаружено. Несмотря на неоднократные промывания лоханок колларголом и применение различных кровоостанавливающих средств, гематурия продолжалась еще в течение 2 недель.

Больной слабел и настаивал на оперативном лечении. В один прием произведена двусторонняя декапсуляция. Уже на следующее утро во время обхода мы могли совместно с проф. Ю. Е. Крамаренко констатировать прекращение гематурии макроскопически, и только микроскопически обнаружено небольшое количество эритроцитов. Б-ной выписан в хорошем состоянии. Около года не замечал больше гематурий. Дальнейшая судьба этого пациента неизвестна.

К сожалению, мы не получили гистологического исследования из-за пропажи кусочков почечной ткани, взятых во время операции. Несомненно, что двусторонняя декапсуляция дала здесь очень хороший эффект. Двустороннее почечное кровотечение одновременно с последующей декапсуляцией в один прием в доступной мне литературе не описано. Вопрос о так называемой э. г. или „гематурии из малого очага“ остается невыясненным окончательно и по сие время из-за отсутствия статистики по этому, столь интересному вопросу. Все же, анализируя свои наблюдения и литературные данные, мы можем отметить, что в большинстве случаев э. г. инстиляция лоханки вязущими растворами, в комбинации с кровоостанавливающими средствами, приносит большую пользу и, подчас, прекращает гематурию. Невинным простым способом является декапсуляция, которая при невыясненных кровотечениях должна явиться первым актом оперативного вмешательства и только при безуспешности ее применяется нефректомия как *ultimum refugium* при очень обильных, упорных и длительных кровотечениях, приводящих к анемии. Риск нефректомии и в том, что состояние второй почки всегда остается сомнительным.

Ялта, ул. Кирова, 26.

В. С. ЮРОВ

Абсцесс Броди

Из пропедевтической хирургической клиники Сталинградского государственного медицинского института (зав. проф. Г. С. Топровер)

1. 1/IX 1938 г. в клинику поступила больная Н., 17 лет, русская, с жалобами на боли в нижней трети левой голени и голеностопном суставе. Боли ломящие, иногда стреляющие возникают без видимых причин, чаще ночью. Больной себя считает с апреля 1938 г. после перенесенного гриппа.

Отец умер от туберкулеза легких. В детстве 6-ная перенесла корь, в 1936 г. —

малярию. Туберкулез и венболезни отрицает. Menses с 15 лет, установились сразу и протекают нормально.

По поводу своего заболевания лечилась амбулаторно. Полтора месяца провела на курорте (Сергиевские минеральные воды), откуда была выписана вследствие ухудшения процесса. Больная долгое время принимала иодистый калий. Боли в ноге не затихали, и вскоре Н. заметила у себя утолщение левой голени над голеностопным суставом, затруднение и болезненность при сгибании этого сустава, и, наконец больная стала хромать на эту ногу.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Индекс Пинье — 33, астеника. Левые паховые лимфатические железы увеличены. Границы легких в пределах нормы, повсюду везикулярное дыхание. Сердце — без патологических изменений. Пульс 80 уд. в мин., правильный. В желудочно-кишечном тракте и в мочеполовой системе уклонений от нормы не отмечено. Нервная система — дрожание век и рук. Сухожильные рефлексы повышены.

Левая голень в дистальной трети значительно утолщена. Это утолщение без резких границ переходит вверх, имеет веретенообразную форму и занимает надлодыжечную часть левой большеберцовой кости. Окружность голени данного участка равна 23 см, а соответствующего участка правой голени — 20 см. Длина обеих голеней одинакова. При пальпации — утолщение плотной костной консистенции, слегка болезненно при перкуссии. Активные и пассивные движения в левом голеностопном суставе ограничены и болезненны. Больная ходит, прихрамывая на левую ногу. Симптом Александрова отрицательный. Реакции Вассермана, Кана и Закс-Витебского отрицательные.

На основании клинической картины предположен абсцесс Броди. Последующая рентгенограмма подтвердила клинический диагноз. На снимке нижней трети левой голени имеется незначительное утолщение дистального метафиза большеберцовой кости с периостальным наложением. В центре метафиза просцируется очаг деструкции костной ткани с резкими контурами. Окружающая ткань несколько склерозирована. Размер полости $4 \times 4\frac{1}{2}$ см. Секвестров не обнаружено. Диагноз — абсцесс Броди.

15/IX 1938 г. операция под эфирным наркозом. Разрез по длиннику в дистальной трети левой большеберцовой кости над внутренним мыщелком. Рассечена утолщенная надкостница, долотом вскрыта полость, содержащая густой гной. Удалена утолщенная пиогенная оболочка, полость выскоблена, протерта карболовой кислотой и чистым спиртом. Полость овальной формы, размером 4×3 см, с очень плотными, толстыми стенками. Из большеберцовой кости здоровой конечности взяты два трансплантата длиной по 4 см и толщиной $1\frac{1}{2}$ см и вложены в полость абсцесса (по Чаклину), снаружи ввернут отсепарованный на ножке периостальный лоскут; глухие швы. Гипсовая повязка.

28/IX сняты швы, незначительное серозно-гнойное выделение из каналов швов. 15/X в центре рубца образовался небольшой свищ, имеется небольшое количество серозно-гнойного выделения. Болей в ноге больная не отмечает, температура нормальна. Спит по ночам спокойно.

Сделан контрольный рентгеноснимок. 26/X на незаживающий свищ наложена паста Иост-Кочергина (рыбий жир, витаминоль, вазелин, воск) с защитной пастой Лассара. Гипсовая повязка. Закрывание свища наступило к 23/XII 38 г., т. е. через $3\frac{1}{2}$ месяца после операции. Больная ходит, свободно наступает на ногу, не ощущая никаких болей. Движения в голеностопном суставе свободны.

При последующем осмотре I. II. 1939 г. больная явилась в клинику в обычной обуви (туфли, которые она не могла носить с апреля 1938 г.), ходит совершенно свободно, движения в голеностопном суставе свободны и не болезненны. За все время наблюдений мы провели ряд контрольных рентгеноснимков, по которым видно быстрое развитие костной ткани из трансплантатов и значительное уменьшение полости. На последнем рентгеноснимке, снятом спустя 137 дней после операции, видно, что полость почти вся заполнена костной тканью, и лишь небольшой участок ее, размером $1,5 \times 0,7$ см, в месте трепанационного отверстия заполнен грануляционной тканью.

Таким образом, в описанном случае клиническое выздоровление наступило через $3\frac{1}{2}$ мес., рентгенограмма подтвердила закрытие полости через 5 месяцев.

II. Больная З. 39 лет, поступила в клинику 26/III 1939 г. с жалобами на тупые, ноющие, особенно по ночам, боли в верхней трети левой голени. Больной себя считает 12 лет. В детстве перенесла остеомиелит левой голени в средней и нижней третях. В 1937 г. ушибла ту же голень в верхней трети, после чего в этом месте возникла припухлость и болезненность. В 1939 г. больная снова почувствовала боли в этой же области. Лечилась амбулаторно, принимала иодистый калий.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Во внутренних органах никаких отклонений от нормы не отмечено.

На передней поверхности левой голени, в средней и нижней третях, кожа истончена, рубцово изменена и спаива с подлежащей костью. Вся большеберцовая кость скле-

розирована, утолщение особенно заметно в верхней трети, ниже *tuberositatis tibiae*. В этом месте отмечается болезненность при перкуссии и появление болей ночью. Реакции Вассермана и Кана — отрицательные.

На рентгено снимке голени видно мощное разрастание костной ткани (склероз), в центре, на передней поверхности ниже *tuberositatis tibiae* видна небольшая полость, округлой формы, размером $2 \times 1,5$ см. Секвестров не обнаружено. Диагноз: абсцесс Броди.

I/IV под эфирным наркозом разрез по передней поверхности левой большеберцовой кости, на 4 см ниже бугристости. Кость трепанирована, вскрыта полость, содержащая гной, пиогенную оболочку и два маленьких секвестра. Полость выскоблена, протерта спиртом и в нее вложено два костных трансплантата, взятых с большеберцовой кости той же конечности (по Чаклину). Суживающие швы. Гипсовая повязка. Послеоперационное течение гладкое. Рана заживает вторичным натяжением. Повторный рентгено снимок I/IV показал наличие в полости трансплантатов и развитие вокруг них костной ткани. Больная чувствует себя хорошо, болей нет. Рана зажила рубцом.

Таким образом, в одном из наших двух случаев абсцесс Броди локализовался в нижней трети, а в другом — в верхней трети голени. По литературным данным абсцесс Броди чаще локализуется в верхней трети.

Диагностика абсцесса Броди во многих случаях затруднительна. Торпидное течение болезни, усиливающиеся боли по ночам заставляют предполагать сифилитическое поражение кости, и больные нередко проделывают курс антисифилитического лечения. Локализация процесса в метафизах трубчатых костей, хроническое течение с ремиссиями, частое развитие сопутствующего артрита, ночные тупые боли — таковы опорные пункты для распознавания абсцесса Броди. Правильность диагноза проверяется рентгеновскими исследованиями.

Этиологическим моментом считают перенесенные ангины, остеомиелит, грипп и др. инфекционные заболевания. В первом нашем случае этиологическим фактором мы считаем грипп, во втором случае — перенесенный в детстве остеомиелит. Посевы гноя в наших обоих случаях не дали роста микроорганизмов.

Сталинград, Котлубанская, 125, кв. 1.

Ф. КОТЕЛЬНИКОВ

Блефаропластика при рубцовых выворотах свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру

Для исправления рубцовых выворотов век предложено много способов блефаропластики.

Одни из них — пластика лоскутом на ножке (Фрике, Диффенбаха, Имре и т. д.) — старые способы, широко вошедшие в практику окулистов, другие операции, появившиеся в более поздний период истории пластики — блефаропластика свободным лоскутом (Тирш-Эверсбуш, Лефор-Вульфэ-Краузе) тоже нашли достаточное число приверженцев. Способ свободной пластики век исключает целый ряд недостатков операций на ножке. Способ значительно проще по технике. В случае неудачи легко может быть повторен, чего нельзя сказать про пластику операций на ножке. Но и пластика свободным лоскутом кожи не лишена недостатков. Если исключить такие недостатки, как чрезмерное сморщивание, гангрена лоскута, которые при известной педантичности устранимы, то остается еще один существенный недостаток, — неодинаковый цвет трансплантата (лоскут берут с плеча) и кожи лица. Даже при хорошо проведенных операциях с прекрасным приживлением, лоскуты оставляют впечатление заметной заплатки.

При методе поверхностной пластики век свободным лоскутом кожи ушной раковины по Гольдфедеру, устраняется этот значительный недостаток.

За два года мы провели 19 операций свободной пластики кожи ушной раковины по Гольдфедеру на 17 больных: 2 пересадки на верхних веках, 3 — у наружного угла глаза вне век по поводу обезображивающих рубцов и остальные — на нижних веках. Все больные с большими рубцами после ожогов и травмы с резкими выворотами. Из 19 операций в одном случае трансплантат не прижился, причем случай относится к числу первых операций. Неудачу целиком отношу за счет некоторой поспешности. Во всех остальных случаях успех был отличный как в смысле функциональном, так